

XLVIII Legislatura

DIVISIÓN PROCESADORA DE DOCUMENTOS

Nº 2241 de 2019

Carpetas Nos. 2062 de 2017, 3848 y 4099 de 2019	Comisión de Salud Pública y Asistencia Social

LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN SALUDABLE. PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN. RÉGIMEN

CANNABIS. USO MEDICINAL Y TERAPÉUTICO. Regulación integral.

TELEMEDICINA. IMPLEMENTACIÓN Y DESARROLLO. RÉGIMEN.

Versión taquigráfica de la reunión realizada
el día 10 de setiembre de 2019

(Sin corregir)

Preside: Señor Representante Luis Gallo Cantera.

Miembros: Señores Representantes Martín Lema Perreta, Tabaré Laca y Oscar Viera.

Delegados de Sector: Señores Representantes Stella Viel y Alejandro Zavala.

Invitados: Doctora Claudia Romero (Programa Salud en la Niñez -MSP) y Licenciada en Nutrición Carolina De León (Coordinadora de lactancia materna MSP).

Integrantes de la Red de Sindicatos de Emergencias Móviles, señores Víctor Muniz, Juan Parada, Marcos del Pino, Álvaro Rodríguez y Rodrigo Diana y señora Mariela Navas.

Secretaria: Señora Myriam Lima.

===II===

SEÑOR PRESIDENTE (Luis Gallo Cantera).- Habiendo número, está abierta la reunión.

La Comisión de Salud Pública y Asistencia Social da la bienvenida a la doctora Claudia Romero, responsable del Área Programática de Salud de la Niñez del Ministerio de Salud Pública, y a la licenciada en nutrición Carolina De León, coordinadora de Lactancia Materna.

Las hemos invitado para conocer su opinión acerca del proyecto que tenemos a estudio relativo a "Comercialización de sucedáneos de leche materna. Regulación".

Les cedemos el uso de la palabra.

SEÑORA ROMERO (Claudia).- Agradecemos a la Comisión por recibirnos.

Si bien tenemos muchas cosas para decir sobre este asunto, vamos a tratar de ser efectivas con el tiempo que tenemos para hacer nuestra exposición.

En este período, el Ministerio de Salud ha trabajado en la definición de objetivos sanitarios nacionales. Para ello, se hizo un listado de problemas críticos en la salud. Concretamente, se identificaron quince problemas críticos. La infancia ocupa un lugar muy importante en la definición de los quince problemas críticos. Algunos problemas están justificados, específicamente, en la infancia y todos están transversalizados con los impactos que puede tener la lactancia materna. Cuando uno piensa en la lactancia materna la asocia, sobre todo, a lo nutricional y a evitar problemas que tienen que ver con la malnutrición. Sin embargo, sabemos el impacto que tiene. Es más: hay evidencias que demuestra la protección que brinda a otras áreas de la vida de los niños.

Nosotros nos comprometimos a disminuir la morbimortalidad -sobre todo, el componente prevenible de mortalidad en niños pequeños-, a mejorar las alteraciones del desarrollo de los niños y a disminuir la malnutrición. Sabemos que las medidas tienen que ver con empoderarnos de la protección de la lactancia materna.

Esto es así si solo nos focalizamos en los problemas vinculados a la primera infancia pero, como ustedes saben, también estamos muy preocupados por las enfermedades crónicas no transmisibles, que abarcan todo el curso de vida. Precisamente, las primeras acciones que previenen las enfermedades crónicas no trasmisibles están en la formación del bebé en el útero y en la preparación de la mamá para la lactancia.

El cuidado de la lactancia materna y la promoción de prácticas que la sostengan, están en la base de nuestro trabajo para solucionar todos estos problemas, para alcanzar las metas y para determinar los indicadores y las líneas de acción que debemos seguir.

Dentro de esas líneas de acción generamos varias estrategias para proteger la lactancia materna. Al respecto, hay evidencia científica clara, sostenida y relevante. Por ejemplo, en la última serie de la revista *The Lancet* se especifica en qué áreas impacta la lactancia materna y cuáles son las estrategias para desarrollar la protección y la promoción.

Dentro de las estrategias a seguir figura contar con un marco legislativo, tal como lo determinan la Organización Mundial de la Salud y las asambleas mundiales de salud, porque eso es lo que hace que esta práctica sea sostenible y protegida. Entonces, bienvenidos sean un marco legal que promueva la protección de la misma, acciones sociales positivas para proteger la lactancia materna y una iniciativa que regularice la comercialización de sucedáneos de la leche materna.

Desde el Ministerio hemos impulsado varias acciones que tienen que ver -también está medido el impacto- con la acreditación de buenas prácticas de alimentación en los centros de salud. Esto está inmerso en un proyecto global relacionado con la calidad de las maternidades, que fiscaliza no solo las prácticas vinculadas a la alimentación, sino también otras áreas que tienen que ver con el cuidado de la gestante, del embarazo y de las pesquisas neonatales. Esta iniciativa se denomina Hospital Amigo del Niño y es auspiciada por Unicef. Precisamente, la licenciada Carolina De León es quien lidera el proceso de acreditación de buenas prácticas de atención.

También estamos trabajando en todo lo que tiene que ver con otros marcos legales como la iniciativa sobre salas de lactancia. Se han mejorado mucho los marcos normativos que tienen que ver con las licencias maternales y paternales. Ahora, entendemos necesario promover y proteger la lactancia materna, pero esto no solo es resorte de la salud, sino también de otras áreas. En ese sentido, este Código permite llegar a otras áreas que no están contempladas y para las que tenemos que juntar esfuerzos a fin de promocionar y difundir todo lo relativo a los sucedáneos de la leche materna.

Yo no me considero una fanática de la lactancia materna. Sí soy una admiradora de todo lo que se descubre. Muchas veces, hay razones aceptables para indicar un sucedáneo. Está claro que las indicaciones en ese sentido tienen que venir de la mano de un equipo de salud que lo prescriba y no de la mano indiscriminada de los que quieren comercializar sucedáneos con beneficios comerciales, no con beneficios en la salud. Entonces, soy una ferviente admiradora de la lactancia materna y la voy a defender mucho. Estamos convencidos de que la salud también se defiende asumiendo posturas y siendo fuertes. En algunos casos es necesario usar sucedáneos, pero se debe regularizar su comercialización.

Como decía, yo defiendo la lactancia materna y me pongo la camiseta de admiradora. Hay evidencia sostenida de que las infecciones respiratorias y digestivas disminuyen con la promoción de la lactancia materna, con su uso y con su práctica sostenida. Además, disminuye las internaciones por estas enfermedades; previene el cáncer de mama y de ovario; disminuye la aparición de sobrepeso, obesidad y diabetes en niños; mejora los coeficientes intelectuales de los niños -esta es una de las razones que más les gusta a los padres: aumentar la capacidad de desarrollo de los niños- y no solamente tiene implicancias en lo que es salud, sino también en los vínculos y en el medio ambiente.

Por todos estos motivos, no nos queda otra que defender la lactancia materna. Esta herramienta sería fundamental para poder hacerlo.

SEÑORA DE LEÓN (Carolina).- Agradezco a la Comisión por invitarnos y darnos este espacio.

Desde el Ministerio de Salud Pública, en especial, desde la coordinación de Lactancia Materna, hemos desarrollado estrategias para proteger no solo la lactancia, sino también la alimentación saludable y sostenible de los niños hasta tres años. Hay mucha evidencia de que, sobre todo en los primeros tres años de vida, la nutrición tiene gran impacto en la salud infantil, tanto a corto como a largo plazo.

También nos preocupan los porcentajes de sobrepeso y obesidad, que van creciendo cada vez más en nuestros niños pequeños. Si bien el proyecto de ley señala que alcanza a un 10% de la infancia, de acuerdo con la última Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud, (Endis), llega a un 12%. Además, estos porcentajes tendrían un crecimiento sostenido.

Por otra parte, hay mucha evidencia de que la protección de la lactancia tiene un impacto económico significativo en los países. El retorno de la inversión es importante: la reducción de la mortalidad y de la morbilidad y, también, los beneficios a la salud materna impactan, y mucho.

La Organización Mundial de la Salud recomienda a los países que cumplan con el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna desde el año 1981. En ese momento, la situación nutricional de los niños en el mundo era muy diferente, y alimentos o bebidas que se utilizaban para sustituir la leche materna generaban problemas muy graves a los niños; de hecho, aumentaba la mortalidad cuando estos productos eran utilizados. El Código surgió para ponerle fin a una promoción inadecuada de productos que si bien no aspiran a sustituir la leche materna, por su forma de mercadeo generan -esto también esta estudiado- una práctica subóptima de la lactancia, ya que las familias y la sociedad consideran que la leche materna no tiene un adecuado valor o no tiene el mismo impacto en la salud y en el crecimiento de los niños. Entonces, las prácticas de comercialización utilizadas por las empresas que distribuyen o fabrican los productos abarcados por este Código llevan a que los consumidores entiendan que son superiores a la leche materna o a los alimentos naturales para la dieta de los niños. En este caso, nos vamos a concentrar en la leche materna como alimento.

Los sustitutos de la leche materna son variados. Por suerte, en el año 2019 existen muchos sustitutos válidos que se utilizan como herramientas terapéuticas para los niños que no pueden acceder a la lactancia. Es decir que hay casos en los cuales estos productos son necesarios.

Por otra parte, hay un desarrollo enorme -cada vez más rápido y acelerado- de productos diseñados para niños a partir de los doce meses que no necesariamente son sustitutos u homólogos de la leche materna. Digo esto porque no hay ningún sustituto cien por ciento equitativo de la leche materna, y eso es importante decirlo. Si bien la industria ha tenido una gran capacidad -eso hay que respetarlo, protegerlo y reconocerlo- para desarrollar productos que imitan la leche materna gracias a un gran aparato de investigación en cuanto a contenido de nutrientes, en proteínas, en grasas, en el perfil de micronutrientes y de nutrientes críticos para el desarrollo, no son iguales. La leche materna es una sustancia que tiene muchos componentes bioactivos, hormonas y varios elementos muy complejos de imitar. Por ello nos parece significativo establecer la diferencia entre un preparado para lactante y la leche materna.

Cabe aclarar que el código de comercialización abarca -dentro de los productos designados- otros productos que no necesariamente son las fórmulas para lactantes estándar. Sabemos que también se habla de productos alimentarios o utilizados para la alimentación de bebés o de niños hasta tres años -dirigidos al público como productos diseñados especialmente para niños entre cero a seis meses, de seis a doce meses y de doce a treinta y seis meses- o de leches de primer crecimiento con agregado de nutrientes críticos cuando, en realidad, eso genera una idealización del producto, generando un mayor consumo. Hay muchos trabajos que muestran que las familias escogen lo que la industria ofrece, algo que genera un círculo de prácticas óptimas de lactancia o de alimentación poco saludable en los niños pequeños.

No todos los productos designados por el Código son terapéuticos. Hay muchos productos ofrecidos como alimentos complementarios como, por ejemplo, papilla de cereales o de verdura que consideramos que no está mal que existan en el mercado. Además, el objetivo de este proyecto de ley y del código no es que no se comercialicen, sino poner un marco regulatorio a la forma de comercialización.

Una de las cuestiones que nos interesa más es que no se idealice el producto. Eso puede entenderse como un fin claro de las empresas porque está dentro de las leyes del juego, pero creemos que se puede dar un marco de manejo de estos productos como medicamentos o herramientas terapéuticas para ser utilizados cuando sean necesarios; la idea es que no existan con venta libre o con la imagen de un lactante.

(Se suspende la toma de la versión taquigráfica)

——Nosotros consideramos fundamental que exista un marco regulatorio para el Código porque, hasta ahora, es una ordenanza ministerial. Estamos trabajando muy fuertemente con las empresas, y recibimos muy buenas respuestas de varias. No vieron afectadas sus formas de comercialización y pudieron sumarse a la iniciativa. Además, entienden pertinente algunos ajustes en sus etiquetas, a la hora del registro y al momento de comercializar los productos.

Nos parece fundamental ser enfáticos no solo con los preparados para lactantes estándar o fórmulas especiales, sino también en cuanto a todos los productos, pues habría ciertas modificaciones en la nomenclatura. Creemos importante que los productos de doce a treinta y seis meses sean abarcados por este código de regulación de la comercialización porque se vio que el comportamiento es que se regula de cero a doce meses y de doce meses a treinta y seis meses se altera la forma de comercialización, con estrategias inadecuadas de publicidad y la utilización de imágenes idealizantes, sin indicación médica, etcétera.

¿Por qué nos preocupan los productos de doce a treinta y seis meses? Primero, porque hacemos una promoción de la lactancia durante los dos primeros años de vida del niño junto con una alimentación saludable y, segundo, porque existe la promoción cruzada de productos. Sabemos que muchos productos se comercializan con la misma estrategia o con etiquetas muy similares de productos para niños de menor edad, de cero a seis meses o de seis meses a doce meses. Si no vamos hasta los tres años, podría producirse una promoción cruzada de productos para niños más pequeños con productos para niños más grandes; debemos cuidar que ello no suceda. Lo digo porque ya vimos que eso impactaba en la salud puesto que se suministraban productos no dirigidos a niños menores de un año.

Entendemos que los grupos de edades son manejados de forma diferente por la FAO- OMS -que establece los requerimientos de los nutrientes-, con requerimientos nutricionales de los niños pequeños de uno a tres años. Entonces, cuando hacemos una promoción de la lactancia durante los primeros dos años de vida o más -hasta que la familia lo decida-, hay cierta superposición. Se argumenta que queremos seguir con la lactancia extendida, y no es así. El Código regula la forma en que se comercializan los productos dirigidos especialmente a los niños menores de treinta y seis meses porque se solapan los rangos de edades.

Tenemos varias fortalezas en el país, y estamos haciendo un monitoreo del Código que vamos a presentar el próximo mes. Hablo de un monitoreo con metodología de la OMS que está arrojando algunos datos importantes. Por ejemplo, falta regulación en los productos dirigidos a los niños de dos a treinta y seis meses, sobre todo, las leches de seguimiento, de continuación y de primer crecimiento. No quiere decir que no existan en el mercado, sino que estén de forma adecuada y que su publicidad se haga apropiadamente. Luego, falta un gran camino por recorrer en cuanto a la adecuación de las etiquetas y de los rótulos en los puntos de venta.

Creemos que el proyecto de ley tiene algunas cuestiones que habría que revisar o corregir. A la luz de que ya pasaron dos años, no solo tenemos más experiencia sino que

revisamos documentos nuevos. Un documento muy significativo es el promovido por la Organización Mundial de la Salud desde la asamblea de 2016. Se trata de un documento que incita a los países a acabar con la promoción inadecuada de los alimentos para los lactantes y los niños pequeños. Se proponen estrategias acerca de qué se espera de los rótulos, de las etiquetas y de los materiales o la publicidad en los distintos medios.

SEÑORA ROMERO (Claudia).- Me parece que ya están bien expuestos los argumentos técnicos y el impacto que tiene en la salud, en la economía y en el ambiente. A veces, los equipos de salud tenemos la información pero no la habilidad para sostener algunas prácticas. Entonces, hay que convertir el conocimiento en competencia. Eso nos permite tener algunas medidas que regularizarían algunos trabajos y algunas conductas de los equipos de salud.

(Se suspende la toma de la versión taquigráfica)

——En el Capítulo III, "Definiciones", en el literal U) del artículo 4°, "Producto Designado", donde dice "Preparado infantil" debería decir "Preparado para lactantes", con el fin de utilizar la misma coherencia de nomenclaturas y definiciones que utilizamos en el Ministerio y en la Norma Nacional de Lactancia Materna. También habría que modificar la definición, que debería decir: "[…] incluida cualquier preparación que se use como única o parcial fuente de nutrición […]".

El artículo 12 es igual al artículo 16; entendemos que debería quedar uno u otro.

El artículo 12 dice: "Los materiales informativos y educativos que tratan de alimentación de lactantes y niños pequeños, no podrán ser producidos, patrocinados o financiados por los fabricantes y los distribuidores de cualquier producto designado".

Creemos que al final del artículo habría que agregarle: "[…] sin previa fiscalización del Ministerio de Salud Pública".

SEÑOR PRESIDENTE.- O sea que hay que eliminar el artículo 16.

SEÑORA ROMERO (Claudia).- Así es.

SEÑOR PRESIDENTE.- La mitad de este proyecto de ley es reglamentación.

SEÑORA ROMERO (Claudia).- Por eso nos parece que los aspectos vinculados pueden ser sostenidos después de que trabajemos en la reglamentación.

SEÑORA DE LEÓN (Carolina).- No sé si hay alguna otra duda que podamos evacuar ahora.

SEÑOR PRESIDENTE.- Sí; tenemos dudas con respecto al artículo 26.

SEÑORA ROMERO (Claudia).- El literal B) del artículo 26, dice: "B. Incluir la expresión: 'Advertencia: El consumo de este producto y el uso del biberón tienen riesgos para la salud'".

Nos parece que no sería bueno poner "riesgos para la salud" cuando muchas veces es justificado el uso y, además, para no estigmatizar la decisión de utilizarlos. Quizás se pueda poner "no exentos de efectos adversos", como para suavizar el mensaje, porque también entendemos que en muchos casos se justifica el uso, entonces uno estaría imponiéndolo, pero desde la mirada de la precaución.

Entonces, el literal B) del artículo 26 quedaría redactado de la siguiente manera: "B. Incluir la expresión: 'Advertencia: Producto que necesita prescripción médica y no exento de efectos adversos'".

SEÑORA DE LEÓN (Carolina).- Nos parece fundamental no omitir ninguna referencia a los riesgos o consecuencias para la salud. ¿Por qué? Porque no se polariza en que hay cosas buenas y cosas malas, sino que es importante hacer advertencias, en primer lugar, porque tenemos que promover que sea por prescripción médica y, en segundo término, debemos tener en cuenta que las familias lo utilizan en forma inadecuada; si no reciben asesoramiento, puede haber riesgos por las concentraciones que usan y porque además muchos tienen algunos nutrientes que no son muy saludables.

(Diálogos)

SEÑOR PRESIDENTE.- Han sido muy claras. Les pedimos disculpas por la celeridad con que se consideró el proyecto. Fueron muy productivas.

SEÑORA ROMERO (Claudia).- Estamos muy agradecidas porque en estas instancias, aunque sean cortas, podemos colaborar.

SEÑOR PRESIDENTE.- Les agradecemos por su visita.

(Se retira de sala la delegación del Área Programática de la Niñez del Ministerio de Salud Pública)

——Se pasa a considerar el proyecto que figura en primer término del orden del día: "Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna. Regulación".

Mociono para que se suprima la lectura y se voten en bloque todos los artículos, con excepción del literal U) del artículo 4°, del artículo 12 y del literal B) del artículo 26.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar el procedimiento.

(Se vota)

——Tres por la afirmativa: AFIRMATIVA. Unanimidad.

De acuerdo con lo resuelto, se va a votar el proyecto en bloque, con excepción del literal U) del artículo 4°, del artículo 12 y del literal B) del artículo 26.

(Se vota)

——Tres por la afirmativa: AFIRMATIVA. Unanimidad.

Teniendo en cuenta las modificaciones propuestas por la delegación que nos visitó, el numeral 1. del literal U) del artículo 4º queda redactado de la siguiente manera: "U. Producto Designado: 1. Preparado para lactantes, incluida cualquier preparación que se use como única o parcial fuente de nutrición para alimentar lactantes desde el nacimiento".

El numeral 2. del literal U) queda redactado de la siguiente manera: "Preparados infantiles especiales; libres de lactosa, preparados para niños con trastornos pocos frecuentes y cualquier otra similar que se produzca en el futuro". Lo demás queda tal cual está redactado. Por otra parte, el artículo 12 queda redactado de la siguiente manera: "Los materiales informativos y educativos que tratan de alimentación de lactantes y niños pequeños, no podrán ser producidos, patrocinados o financiados por los fabricantes y los distribuidores de cualquier producto designado, sin previa fiscalización del Ministerio de Salud Pública". Por último, el literal B) del artículo 26 queda redactado de la siguiente manera: "Incluir la expresión: 'Advertencia: producto que necesita prescripción médica, no exento de efectos adversos'".

Si no se hace uso de la palabra, se van a votar en bloque estas modificaciones.

(Se vota)

——Tres por la afirmativa: AFIRMATIVA. Unanimidad.

El artículo 16 del proyecto de ley es una repetición del artículo 12.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar si se elimina el artículo 16.

(Se vota)

——Tres por la afirmativa: AFIRMATIVA. Unanimidad.

Ha quedado aprobado el proyecto.

SEÑOR VIERA (Óscar).- Propongo al señor diputado Luis Gallo Cantera como miembro informante.

SEÑOR PRESIDENTE.- Muchas gracias, compañero.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar.

(Se vota)

——Dos en tres: AFIRMATIVA.

(Ingresa a sala una delegación de la Red de Sindicatos de Trabajadores de las Emergencias Móviles)

——La Comisión de Salud Pública y Asistencia Social da la bienvenida a una delegación de la Red de Sindicatos de Trabajadores de las Emergencias Móviles de la FUS, PIT- CNT, integrada por la señora Mariela Navas y por los señores Víctor Muniz, Álvaro Rodríguez, Juan Parada y Marcos Del Pino.

La delegación nos viene a contar las experiencias y la aplicación del reglamento de las emergencias móviles.

SEÑOR MUNIZ (Víctor).- No es la primera vez que venimos a la Comisión. Hoy, tenemos una situación incambiada en algunas cosas y preocupante en otras.

Estamos más integrados con los compañeros del interior; los trabajadores de las emergencias móviles privadas y los compañeros del SAME 105 perteneciente a ASSE actuamos en forma coordinada.

Venimos a trasmitir nuestra preocupación en varios puntos. Dentro de poco, termina un período de gobierno y la discusión de la inclusión de las emergencias móviles al Sistema Nacional Integrado de Salud todavía está pendiente.

En abril del año 2017, en el marco del Consejo de Ministros realizado en Montevideo, nuestra delegación mantuvo una reunión con los directivos del Ministerio de Salud Pública: con el ministro Jorge Basso y con la exsubsecretaria Cristina Lústemberg. Allí planteamos nuestra preocupación y se nos dijo que se reconocería por parte de las autoridades de Salud Pública, que era un tema pendiente y que había que discutir la inserción de los móviles, su realidad y su función. Además, se nos manifestó que, probablemente, a fines de 2017 se iban a crear los ámbitos para discutir.

Lamentablemente, estamos en setiembre de 2019 y estos ámbitos no se crearon. Nosotros tenemos una realidad que preocupa y que es compleja, sobre todo en el interior del país donde existen inequidades claras en los servicios de emergencia médico- móvil. Además, la mayoría depende de convenios con ASSE para realizar los traslados y la atención a los usuarios de Salud Pública en varias direcciones departamentales del interior del país.

Por tanto, creemos que existe responsabilidad de parte del Ministerio de Salud Pública en cuanto a crear esos ámbitos para discutir este tema.

En los últimos meses se han dado diversas situaciones. Autoridades de ASSE -entre ellos, el doctor Carámbula- han salido a manifestar la necesidad de la discusión y la creación de un sistema nacional de traslados, con el cual estamos totalmente de acuerdo.

Si bien en 2014 se aprobó un decreto y se creó el Sistema Nacional de Traslados cuando se estableció el SAME 105 que apuntaría, en una primera etapa, a una complementación con los servicios privados de emergencia móvil para los traslados pediátricos, todavía ese trabajo está pendiente.

Nosotros quisiéramos ser partícipes de las discusiones sobre el Sistema Nacional de Traslados porque tenemos aportes importantes para hacer. Se han dado situaciones a nivel nacional en las que hemos participado en negociaciones con distintos compañeros. En Mercedes, hace dos o tres años, la dirección departamental, mediante licitación o pedido de compras, contrataba una emergencia móvil. Luego, se trancaron los pagos de las facturas debido a un problema de probable conjunción de intereses entre quien autorizaba el pago y la emergencia móvil. Además, pudimos demostrar en el ámbito del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, donde se dio la discusión, que esa empresa era la que cotizaba el mejor precio, pero no salía electa. A su vez, se dio la paradoja de que para realizar traslados comunes, terminó ganando la licitación una empresa de Paysandú que se llamaba Previsora del Norte; era una empresa fúnebre.

Por lo tanto, creemos que cuando hay que discutir la creación de un Sistema Nacional de Traslados, todas estas cosas deben tenerse en cuenta.

Tenemos un convenio con la Cámara de Emergencias para centralizar los traslados especializados. Por seguridad y debido a un convenio trabajado con la Unasev, se dispuso que deben concurrir dos conductores en la ambulancia cuando las distancias son mayores a 400 kilómetros. También hemos detectado que muchas empresas de ambulancias que realizan traslados al interior, no respetan este convenio porque no quisieron acordar en los Consejos de Salarios del Grupo Nº 15, subgrupo de ambulancias. Sabemos que realizan traslados y los choferes, muchas veces, han estado hasta veinticuatro horas sin dormir.

Creemos que hay que tener en cuenta estas situaciones. Hubo un decreto posterior al convenio que firmamos con la Cámara, que recoge los 400 kilómetros para los traslados especializados. El sistema debe funcionar sobre la base de la realidad que tenemos en cada uno de los departamentos, sobre los servicios que tiene Salud Pública y el área privada, buscando los mecanismos para que el Sistema Nacional de Traslados permita la mejor cobertura al usuario y brinde las garantías necesarias.

Lamentablemente, hemos tenido accidentes; hace dos años, falleció una enfermera. Hemos tenido situaciones complicadas como la que disparó el convenio de los traslados especializados. Me refiero al accidente protagonizado por un móvil de Montevideo que fue a buscar a un niño a Salto; el compañero chofer se durmió y murió el bebé.

No solo se trata de tener los mecanismos para realizar un traslado, sino de dar las mejores condiciones para el usuario, sea un traslado especializado o común.

Tenemos claro que las emergencias móviles privadas son empresas con fines de lucro, pero cumplen un rol fundamental dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud, sin estar dentro del Sistema. Por algo, el Ministerio de Salud Pública ha convocado a la Cámara y a nosotros como trabajadores -algunas veces acompañado del Sindicato Médico- cuando se producen situaciones como la de la fiebre H1 N1 o la del Ébola en su momento, ya que la primera barrera sanitaria son los servicios de emergencia médico-móvil, tanto públicos como privados. Si bien el servicio Same 105 pertenece a ASSE y, por lo tanto, está incluido en el sistema, las empresas privadas no lo están, pero cubren

todo el país, implican más de cinco mil puestos de trabajo y brindan cobertura sanitaria a mucha gente, ya que inclusive en algunos pueblitos del interior existe un servicio médico móvil. Sin embargo, nosotros también decimos que tiene que aumentar mucho la regulación de esos servicios de emergencia médico móvil. Lamentablemente, la heterogeneidad de las situaciones demuestra que la realidad es muy diferente en cada lugar y que la infraestructura que se brinda no es la misma en todos lados; hay carencias, condiciones de trabajo y laudos mínimos que no se respetan. Entonces, para poder tener un sistema que funcione de la misma forma en todos lados hay que comenzar por mejorar la regulación en todos los ámbitos, desde el punto de vista sanitario y laboral.

Otro tema que también nos preocupa es que resulta necesario discutir la inclusión al sistema de las emergencias móviles, porque según lo que establece la Ley Nº 18.211, que creó el SNIS, solamente se aportará la Clave 1 a las emergencias móviles para que cubran ese servicio a los usuarios.

Nosotros en el último congreso de la federación -realizado hace tres años- presentamos un documento que titulamos inclusión de las emergencias móviles al SNIS y creación del sistema o profundización del lucro, porque paradójicamente podría suceder que si la ley se aplicara tal cual y se pagara la Clave 1 al sector privado, esa empresa recibiría la Clave 1 por el Fonasa y por intermedio del sistema, pero el usuario -que hoy paga su cuota particular a la emergencia móvil y tiene todos los servicios: emergencia, urgencia, radio y policlínicas- debería pagar otra cuota y poder acceder al resto de los servicios. Por lo tanto, estaríamos alimentando el lucro ya que esas empresas por un mismo usuario podrían retener dos entradas de dinero. Nosotros interpretamos que eso atenta contra el espíritu del sistema y es parte de la discusión.

Cuando se debatió la creación del sistema nosotros presentamos en el Parlamento una propuesta que fue aprobada en el congreso de la FUS, relativa a cómo debería hacerse esta inclusión ya que consideramos que una parte de la cápita que hoy reciben las empresas debería destinarse a la atención extrahospitalaria y esto no es solo Clave 1, sino todo: urgencia, emergencia y radio. Asimismo, proponíamos que las policlínicas que tienen las emergencias móviles, principalmente aquí en Montevideo -donde está la mayor cantidad de la población-, se transformaran en puertas de resolución rápida, donde exista la posibilidad de dejar pacientes provisoriamente cuando hay demora en recibirlos, a fin de que cuando esté coordinada su cama sean trasladados a su centro de salud, público o privado; esto ya se ha empezado a dar muchas veces cuando se producen demoras, tanto en el sector público como en el privado. Estas son parte de todas las propuestas que nosotros hicimos en su momento, y reiteramos que se trata de iniciativas abiertas a la discusión, pero nunca tuvimos ámbitos en los cuales discutirlas.

Nosotros hoy cumplimos una función importante, pero lamentablemente sufrimos una situación -que seguramente habrán escuchado y visto en los periódicos y en la prensa- en la que estamos expuestos a una inseguridad permanente. Los servicios de salud están siendo agredidos permanentemente, y nos preocupan declaraciones como la que realizó ayer el señor subsecretario de Salud Pública, luego de una instancia en la que se discutió el tema de la seguridad de los equipos de salud en el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, con los ministerios de Salud Pública y del Interior, así como con la Cámara de Emergencia, el Sindicato Médico y los trabajadores. Coincidimos en algunos de los aspectos manifestados, como por ejemplo en cuanto a que hay que regular el buen uso de los servicios considerando los llamados banales y disminuyendo la circulación de los equipos de salud; en eso estamos de acuerdo y lo hemos conversado muchas veces con las empresas. Inclusive, el protocolo de seguridad que tenemos que aplicar establece que los llamados de radio realizados durante la noche deberían diferirse para la mañana del día siguiente. Es decir que eso está discutido, pero nos preocupó la segunda parte de

la declaración, ya que se expresó que hay muchas empresas de emergencia móvil en Montevideo. No creemos que esto vaya por el lado de cerrar alguna empresa y generar inestabilidad, pero preocupa esa declaración porque eso afecta a los trabajadores que escuchan que desde el Ministerio de Salud Pública, que es quien autorizó los servicios de emergencia médico móvil y avala y da las autorizaciones, se dice que existen muchas empresas. Tal vez sea cierto, pero esa es la realidad actual. Por eso nosotros entendemos que la discusión de la inclusión en el sistema amerita tener en cuenta todos estos temas, porque estamos convencidos de que si las emergencias móviles se incluyen al sistema y se busca una fórmula como la que nosotros planteamos, una similar, o inclusive otra, se podría llegar al cien por ciento de cobertura de los usuarios del sistema, tanto en Montevideo como en el interior. A la vez, habría mayores ingresos para las empresas, mayor estabilidad laboral y quedaría demostrado que el servicio cumple una función esencial y que es necesaria su regulación.

Reiteramos nuestra preocupación en cuanto a que termina un período de gobierno y a pesar de que desde el Ministerio de Salud Pública siempre se ha manifestado que hay que discutir el tema pero no se han creado los ámbitos. Nosotros lo que pedimos es que en el ámbito que se cree estemos todas las partes: Ministerio, empresas y trabajadores, y que busquemos una fórmula para estos sectores. Repetimos que tenemos claro que estas son empresas que tienen fines de lucro, pero nosotros aquí no estamos defendiendo a las empresas, sino la fuente laboral y la calidad de asistencia que se brinda, ya que muchas veces el costo al que tiene que hacer frente un usuario que va a una puerta de emergencia de una institución privada es muy alto y en muchas ocasiones pide a estos servicios que lo atiendan en su domicilio y no lo trasladen.

Este es el resumen de lo que queríamos plantear.

SEÑOR PARADA (Juan).- Muchas gracias por recibirnos.

El compañero ha sido muy claro en su exposición, reflejando la preocupación que tenemos todos, no desde ahora sino desde hace algunos años. Entendemos que estamos finalizando un período y, por lo tanto, obligatoriamente vamos a tener que seguir esperando, pero creo que debemos tener esas respuestas y buscar soluciones entre todos.

Quisiera remarcar la situación que estamos viviendo en estos días, ya que no es un tema menor y a raíz de él también hemos tenido algún enfrentamiento con la Cámara de Emergencias. Me gustaría reiterar que las medidas que estamos tomando no están perjudicando al usuario, que para nosotros es el enfermo que necesita nuestros cuidados. Por lo tanto, nosotros como trabajadores de la salud, responsables y empáticos, le estamos dando toda la atención que se merece.

SEÑOR PRESIDENTE.- Ha sido un gusto recibirlos y escucharlos nuevamente.

Quisiera hacer algunos comentarios acerca de muchos de los temas que plantearon. Diría que podemos dividir la exposición en dos grandes capítulos. El primero tiene que ver con la inserción de las emergencias móviles en el Sistema Nacional Integrado de Salud, y el otro con los temas coyunturales relacionados con el trabajo y la problemática laboral cotidiana, que vienen denunciando hace mucho tiempo. Me voy a referir especialmente al primero.

Como integrante del Frente Amplio estoy absolutamente orgulloso del Sistema Nacional Integrado de Salud que implantamos y venimos desarrollando y profundizando, con las dificultades que esto tiene. Pero también es verdad que desde hace quince años -hablo a título personal- estoy luchando para que se incorpore la Clave 1 al sistema. Nosotros debemos saber cuándo nos equivocamos y no tener vergüenza en decirlo. Yo

creo que cuando diseñamos la reforma deberíamos haber incorporado al sistema una pata muy importante como la que constituyen las emergencias móviles. El tema fue muy debatido, pero al final cuando se tomó la resolución se votó -obviamente- y perdimos. Yo defendía la idea de incorporarlas porque las emergencias móviles cumplen un doble rol: fueron creadas para la emergencia real, es decir para la Clave 1, pero en los últimos treinta años su rol se ha desvirtuado -producto de que el sistema mutual estaba quebrando y las tasas moderadoras y los tiques ya no eran moderadores, sino recaudadores- y vieron el nicho de empezar a prestar asistencia para la urgencia y la consulta común. Entonces, los usuarios llaman hasta por un dolor de rodilla; todos ustedes, que trabajan en ellas, lo saben. Año a año eso se fue incrementando y las emergencias móviles vieron una manera linda de hacer dinero abriendo policlínicas y brindando servicios que nada tienen que ver con las emergencias, como por ejemplo hacer ecografías, etcétera; ahora hacen hasta fondo de ojos, o lo que se quiera. Entonces, llegó el momento en que había que tomar una decisión; yo sostenía la idea de incorporarlas al sistema y sacarle todo lo que fuera prehospitalario al mutualismo, no solamente la Clave 1, como expresa la Ley Nº 18.211, sino darles la urgencia y el radio, y transformar las policlínicas que ya estaban montadas en policlínicas de primer nivel de asistencia, como bien se ha expresado. Allí tenemos una parte y debemos reconocer cuando nos equivocamos. Si somos gobierno nuevamente vamos a seguir trabajando para profundizar este tema; no tengo absolutamente ninguna duda.

Es necesario incorporar la Clave 1 al PIAS, pero no se puede hacer así nomás; debe haber un gran acuerdo nacional y tienen que estar todos los actores sentados en la mesa. Ningún ministro va a poder hacer esto solo por más voluntad política que exista. Aquí están las empresas privadas, los trabajadores y la pata pública, porque en este momento un gran problema que existe es que no hay una coordinación entre el sector público y el privado. Se están malgastando miles y miles de pesos y de recursos humanos. A veces el SAME 105 hace 150 o 200 kilómetros para trasladar un paciente siete cuadras, de un hospital a un tomógrafo. Tal vez piensen que estoy loco, pero es así; eso pasó hace diez días y lo sé porque me lo informaron, pero deben darse muchos casos similares. Falta coordinación y cuando las cosas no se hacen bien hay que tratar de hacerlas mejor y corregirlas y no seguir insistiendo en lo mismo. El sistema nacional de traslado que está diseñando ASSE debe tener coordinación con el sector privado. Es inviable que esa tarea la pueda hacer ASSE sola. Se está trabajando en eso, pero me parece que no se están sentando a la mesa todos los actores involucrados.

Yo creo que este es un tema que nos quedó pendiente. Si bien trabajamos, y ustedes lo saben porque me consta que estuvieron en varias oportunidades en la Comisión denunciando exactamente lo mismo, creo que es un gran desafío que tendrá el gobierno que asuma; si es el nuestro, lo vamos a intentar sacar adelante. Tenemos que tratar de incorporar no solo la Clave 1 sino también toda la asistencia prehospitalaria y redistribuir la cápita, lo cual implica negociaciones entre las diferentes cámaras, los trabajadores y las mutualistas.

Reitero que será una gran negociación y un gran desafío porque tenemos todas las condiciones. Yo siempre digo que como el Uruguay no hay. El sistema prehospitalario de este país es ejemplo en el mundo parque en otros lados se sube técnico o un paramédico, pero acá hay médicos, enfermeros y choferes especializados.

Si uno comenta la cantidad de móviles que tiene Uruguay de servicio prehospitalario y lo compara con cualquier lugar del mundo nos dicen, "¿Qué hacen?" Entiendo que falta mucha más coordinación. Estoy de acuerdo con el tema global y con el compromiso de trabajar en esa línea.

También tenemos los problemas cotidianos, y aquí falta fiscalización de parte del ministerio. Si bien le reconozco muchos aciertos al Ministerio de Salud Pública en los últimos cinco años, desplegando una política prevencionista y otros aspectos, también tengo que decir que la parte fiscalizadora no ha sido lo que uno hubiese deseado. Nosotros hicimos las denuncias que ustedes nos plantearon y, además, tuve la suerte o la mala suerte de participar en la Comisión Investigadora de ASSE en la que quedó reflejado todo lo que ustedes habían manifestado. Lo importante de esto es que se está corrigiendo, tarde, pero se está haciendo.

Soy de la idea de que de parte del ministerio debe haber un decreto claro -si existe no es claro- respecto a qué se precisa para brindar un traslado especializado. Estoy viendo que cualquiera compra una ambulancia alta, le pone una camilla, un cardiodesfibrilador, un médico, la registra -no sé dónde- y realiza traslados de un lado a otro.

Entiendo que debería existir una normativa clara y específica porque para regular algo se debe tener el control de lo que se piensa regular. Se sabe la cantidad de móviles que tienen las empresas grandes, tanto las del interior del país como las de Montevideo, pero no de las pequeñas empresas con dos o tres ambulancias. Creo que es ahí donde tenemos que fiscalizar y apretar los tornillos.

Otro tema que nos preocupa mucho porque lo vivimos trabajando en la asistencia hospitalaria es que debemos ser inflexibles en la aplicación de la norma relativa a que en las ambulancias debe haber dos choferes si el traslado es de más de 400 kilómetros. Esta aplicación es prácticamente nula. Son pocas las emergencias grandes que se cuidan cuando las distancias son considerables, pero en el interior del país, cuando se cruza el país de este a oeste, estoy convencido que las ambulancias no llevan dos choferes.

Hemos corrido con suerte en los últimos diez años porque la cantidad de accidentes graves y mortales no han sido de la magnitud que deberían ser por no cumplirse con esta normativa. Hay que sancionar fuertemente a las empresas que no cumplen con esta disposición. Les agradezco haber puesto sobre la mesa este tema, que es una preocupación que tenemos desde siempre como médicos e integrantes de esta Comisión. Lamentablemente, esto nos agarra al final del período de gobierno y a cinco días del inicio del receso.

De todas formas, estamos abiertos a seguir escuchando y a abrir canales de entendimiento entre los distintos actores, es decir, las cámaras de emergencia, los trabajadores agremiados, las mutualistas y el Ministerio de Salud Pública, que es nuestra tarea.

SEÑOR MUNIZ (Víctor).- Coincidimos totalmente con que en la discusión sobre los traslados deberían estar representadas todas las áreas públicas y privadas para que cada uno pueda brindar su visión al respecto.

Por otro lado, sí existen normativas relativas a cómo deben estar equipadas las emergencias móviles, pero no se cumplen al cien por ciento, y ese es el tema. Hay muchos lugares en el interior del país que no cumplen con lo establecido en el Decreto N° 578, de setiembre de 1986; el Decreto N° 309, de 2008; el Decreto N° 803, de 2008; y el Decreto N° 008, de 2011. Todos estos decretos hacen a cómo deben estar equipadas las emergencias, las ambulancias, los tiempos de vida útil, etcétera.

Inclusive, hoy en el ámbito de los servicios de salud se está implementando la nueva figura llamada "paramédico" -lo digo entre comillas-, y el SAME 105 lo brindan en el período estival como cobertura en las rutas nacionales. Esta figura no cuenta con un

marco jurídico ni una normativa que establezca qué puede hacer y qué no. Es más, los trabajadores están expuestos a malas condiciones de trabajo realizando turnos de doce horas arriba de una ambulancia o parados al costado de la carretera y sin un lugar fijo de descanso. Esto también hace a la discusión de fondo y es parte de brindar una nueva calidad de asistencia.

Agradecemos a la Comisión por habernos recibido. Sabemos de los tiempos exiguos que hoy se tienen.

Vamos a dejar una carpeta con algunos documentos.

SEÑOR PRESIDENTE.- El tema concreto que se acaba de mencionar precisa un marco legal.

Cuando los compañeros del SAME 105 nos transmitieron esta situación -creo que fueron ellos-, teníamos ciertas dudas, pero si en el mundo anda bien, por qué no en Uruguay. Si bien la experiencia y el aprendizaje de los uruguayos es muy bueno, entiendo que falta un amparo legal porque cuando todo sale bien, está todo bien, pero basta que una sola salga mal para que nadie te defienda.

Este también es un desafío para el próximo Parlamento.

SEÑORA NAVAS (Mariela).- Particularmente me interesa el tema de los paramédicos. Nosotros fuimos los artífices de que en el año 2016 no salieran a la calle, lo que nos generó muchos problemas porque nos preocupaba la ausencia de un marco legal y que nuestros compañeros iban a estar expuestos no sabemos a qué. Estuvieron y van a volver a estar.

Siempre nos negamos a estar doce horas debajo de un árbol esperando que alguien llame, ir a un baño prestado de una policlínica y a comer arriba del móvil. Lamentablemente, lo hicieron igual porque a todos nos mueve el salario. Además, con eso viven muchos compañeros. Esto lo pudimos parar el primer año pero salió después, y lo van a volver a implementar en la próxima temporada estival. Entendemos que esto necesita un ajuste inmediato porque no podemos permitir tener gente trabajando en estas condiciones.

Como bien ha dicho el señor presidente, el Ministerio de Salud Pública es el órgano regulador; fiscaliza muchísimo a las empresas privadas, pero hace la vista gorda con las empresas públicas dejando pasar todo por el costado.

En el SAME trabajamos en condiciones deplorables desde todo punto de vista. En forma urgente necesitamos que alguien se siente a conversar con los trabajadores.

La semana que viene, junto a Víctor, asumimos en la comisión interna, y este es uno de los debes que tenemos con nuestros compañeros. Debemos regular con urgencia las formas y condiciones labores en SAME.

Gracias por esta oportunidad.

SEÑOR PRESIDENTE.- Gracias por su presencia.

(Se retira de sala la delegación de la Red de Sindicatos de Emergencias Móviles)

——Se pasa a considerar el asunto que figura en cuarto término de orden del día: "Acceso al cannabis medicinal y terapéutico. Regulación integral".

Se han presentado varias modificaciones al proyecto, entre ellas, al título. Ahora, se propone que sea: "Ley integral para el fomento y acceso al cannabis medicinal y terapéutico".

Se pasa a considerar el artículo 1º.

Hay un sustitutivo presentado por varios señores legisladores.

(Texto del artículo sustitutivo:)

> "Declárese de interés público las acciones tendientes a proteger, promover y mejorar la salud pública mediante productos de calidad controlada y accesibles, en base a cannabis o cannabinoides, así como el asesoramiento médico e información sobre beneficios y riesgos de su uso."

——En discusión.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar el artículo 1º del proyecto original.

(Se vota)

——Cero en cuatro. NEGATIVA. Unanimidad.

Se va a votar el artículo sustitutivo.

(Se vota)

——Cuatro por la afirmativa: AFIRMATIVA. Unanimidad.

Se pasa a considerar el artículo 2º.

Hay un sustitutivo presentado por varios señores legisladores.

(Texto del artículo sustitutivo:)

> "El Ministerio de Salud Pública deberá: A) Implementar y monitorear el Programa Nacional de Cannabis Medicinal y Terapéutico definido en el artículo 10 de la presente norma. B) Promover el desarrollo del Sistema de Farmacovigilancia Activa de los usuarios de cannabis medicinal conforme a lo dispuesto por la presente ley."

——En discusión.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar el artículo 2º del proyecto original.

(Se vota)

——Cero en cuatro. NEGATIVA. Unanimidad.

Se va a votar el artículo sustitutivo.

(Se vota)

——Cuatro por la afirmativa: AFIRMATIVA. Unanimidad.

Se pasa a considerar el artículo 3º.

Hay un sustitutivo presentado por varios señores legisladores.

(Texto del artículo sustitutivo:)

> "El acceso al cannabis medicinal y terapéutico se realizará según lo establecido en el artículo 1° de la Ley 18.211. A tales efectos se faculta al Ministerio de Salud Pública a su inclusión en los programas de prestaciones integrales, en observancia cuando corresponda, según lo establecido en el literal E) del artículo 5° de la Ley 18.211."

——En discusión.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar el artículo 3º del proyecto original.

(Se vota)

——Cero en cuatro. NEGATIVA. Unanimidad.

Se va a votar el artículo sustitutivo.

(Se vota)

——Cuatro por la afirmativa: AFIRMATIVA. Unanimidad.

Se pasa a considerar el artículo 4º.

Hay un sustitutivo presentado por varios señores legisladores.

(Texto del artículo sustitutivo:)

"El acceso a tratamientos en base a cannabis medicinal y terapéutico se realizará a través de productos de calidad controlada que garanticen la seguridad para uso humano, debiendo exigirse prescripción médica para el mismo. Los productos a través de los cuales se podrá acceder a los tratamientos referidos en este artículo son:

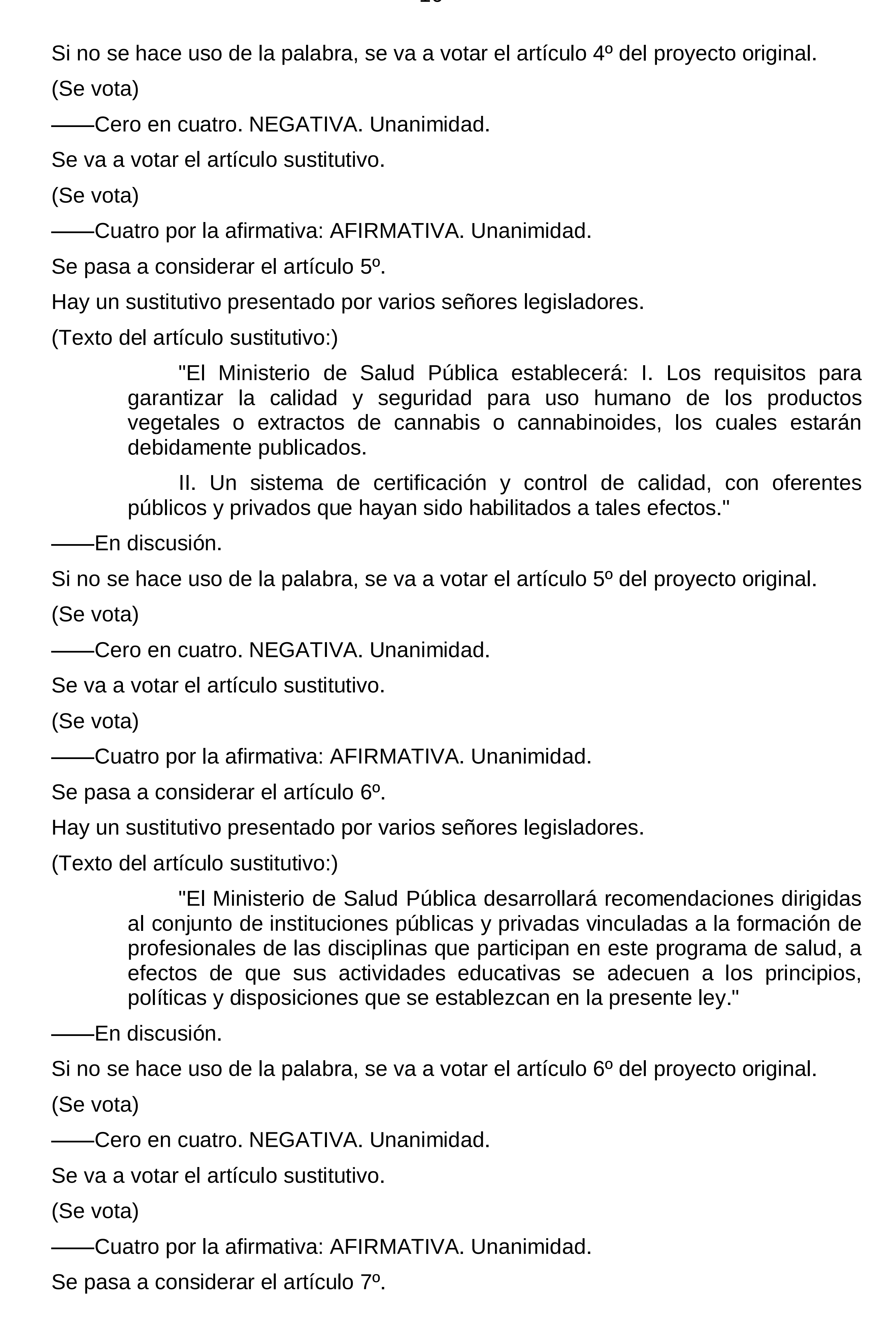
I. especialidades farmacéuticas registradas ante el Ministerio de Salud Pública de acuerdo a la normativa vigente.

II. productos vegetales según la siguiente clasificación: a) Especialidad Vegetal; b) Medicamento Fitoterápico Nuevo; c) Medicamento Fitoterápico Tradicional; d) Producto Vegetal en base a cannabis.

III. formulaciones magistrales prescriptas por médico tratante y elaboradas por Químicos Farmacéuticos en farmacias habilitadas específicamente para tal fin, formuladas a partir de extractos de cannabis o cannabinoides estandarizados y cuya producción esté habilitada por la autoridad sanitaria como materia prima vegetal con actividad farmacológica.

IV. En caso de que por indicación médica sea necesaria la importación de productos en base a cannabis y cannabinoides con fines medicinales, esta será habilitada por el Ministerio de Salud Pública. A efectos de la presente ley, el Producto Vegetal en base a cannabis o extractos de cannabis o cannabinoides referidos en los literales II y III del presente artículo, son definidos, como un concentrado en un vehículo adecuado (fluidos o secos), a través de métodos de extracción aprobados por el Ministerio de Salud Pública con Independencia de: a) la tecnología que se utiliza para el referido proceso de extracción; b) de si se trata de un componente aislado o el conjunto completo de alguna variedad; c) de si se trata de cannabis psicoactivo o no psicoactivo. Los pacientes podrán acceder a los productos prescriptos bajo fórmula magistral, por la compra exclusivamente en las farmacias habilitadas para tal fin, las cuales realizarán la revisión de la formulación establecida en la prescripción y la puesta en forma farmacéutica con procedimientos que pueden incluir entre otros: dilución, concentración, fraccionamiento, mezclado y envasado. Las fórmulas magistrales deberán ser liberadas a la venta por él Químico Farmacéutico Director Técnico previo a la comercialización y entrega al paciente. Las mismas deberán quedar registradas en los libros de la Farmacia o bajo el sistema de registro que la Autoridad Sanitaria estime conveniente."

——En discusión.



Si no se hace uso de la palabra, se va a votar el artículo 4º del proyecto original.

(Se vota)

——Cero en cuatro. NEGATIVA. Unanimidad.

Se va a votar el artículo sustitutivo.

(Se vota)

——Cuatro por la afirmativa: AFIRMATIVA. Unanimidad.

Se pasa a considerar el artículo 5º.

Hay un sustitutivo presentado por varios señores legisladores.

(Texto del artículo sustitutivo:)

> "El Ministerio de Salud Pública establecerá: I. Los requisitos para garantizar la calidad y seguridad para uso humano de los productos vegetales o extractos de cannabis o cannabinoides, los cuales estarán debidamente publicados.
>
> II. Un sistema de certificación y control de calidad, con oferentes públicos y privados que hayan sido habilitados a tales efectos."

——En discusión.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar el artículo 5º del proyecto original.

(Se vota)

——Cero en cuatro. NEGATIVA. Unanimidad.

Se va a votar el artículo sustitutivo.

(Se vota)

——Cuatro por la afirmativa: AFIRMATIVA. Unanimidad.

Se pasa a considerar el artículo 6º.

Hay un sustitutivo presentado por varios señores legisladores.

(Texto del artículo sustitutivo:)

> "El Ministerio de Salud Pública desarrollará recomendaciones dirigidas al conjunto de instituciones públicas y privadas vinculadas a la formación de profesionales de las disciplinas que participan en este programa de salud, a efectos de que sus actividades educativas se adecuen a los principios, políticas y disposiciones que se establezcan en la presente ley."

——En discusión.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar el artículo 6º del proyecto original.

(Se vota)

——Cero en cuatro. NEGATIVA. Unanimidad.

Se va a votar el artículo sustitutivo.

(Se vota)

——Cuatro por la afirmativa: AFIRMATIVA. Unanimidad.

Se pasa a considerar el artículo 7º.

Hay un sustitutivo presentado por varios señores legisladores.

(Texto del artículo sustitutivo:)

> "El Ministerio de Salud Pública, en coordinación con el Instituto de Regulación y Control del Cannabis, el Instituto Nacional del Empleo y Formación Profesional, la Universidad de la República, el Sindicato Médico del Uruguay, la Asociación de Química y Farmacias, el Sindicato de la Industria del Medicamento y Afines y la Sociedad Uruguaya de Endocannabinología desarrollarán, de acuerdo al mecanismo que establezca la reglamentación de la presente ley, una línea de formación en cannabis de uso medicinal y terapéutico con especial énfasis en la formación de los recursos humanos de los prestadores públicos y privados de salud dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud".

——En discusión.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar el artículo 7º del proyecto original.

(Se vota)

——Cero en cuatro: NEGATIVA. Unanimidad.

Se va a votar el artículo sustitutivo.

(Se vota)

——Cuatro por la afirmativa: AFIRMATIVA. Unanimidad.

Se pasa a considerar el artículo 8º.

Hay un sustitutivo presentado por varios señores legisladores.

(Texto del artículo sustitutivo:)

> "Se incluirá, dentro del Sistema Nacional de Transformación Productiva y Competitividad de acuerdo a lo establecido en la Ley Nº 19.472, de 23 de diciembre de 2016 y a sus planes e instrumentos de promoción, tanto a la cadena de valor del cannabis y sus derivados".

——En discusión.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar el artículo 8º del proyecto original.

(Se vota)

——Cero en cuatro: NEGATIVA. Unanimidad.

Se va a votar el artículo sustitutivo.

(Se vota)

——Cuatro por la afirmativa: AFIRMATIVA. Unanimidad.

Se pasa a considerar el artículo 9º.

Hay un sustitutivo presentado por varios señores legisladores.

(Texto del artículo sustitutivo:)

> "Créase en el ámbito del Ministerio de Economía y Finanzas la Comisión Interinstitucional Para la Inclusión del Cannabis en el Sistema Financiero, integrada por la Prosecretaría de la Presidencia, en su calidad de Presidente de la Junta Nacional de Drogas, el Ministerio de Salud



Pública, el instituto de Regulación y Control del Cannabis y el Banco Central del Uruguay".

——En discusión.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar el artículo 9º del proyecto original.

(Se vota)

——Cero en cuatro: NEGATIVA. Unanimidad.

Se va a votar el artículo sustitutivo.

(Se vota)

——Cuatro por la afirmativa: AFIRMATIVA. Unanimidad.

Se pasa a considerar el artículo 10.

Hay un sustitutivo presentado por varios señores legisladores.

(Texto del artículo sustitutivo:)

"Crease el Programa Nacional de Acceso al Cannabis Medicinal y Terapéutico. El mismo dependerá del Ministerio de Salud Pública y funcionará en la Dirección General de la Salud con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas a través de la inclusión del cannabis medicinal y terapéutico en el Sistema Nacional Integrado de Salud".

——En discusión.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar el artículo 10 del proyecto original.

(Se vota)

——Cero en cuatro: NEGATIVA. Unanimidad.

Se va a votar el artículo sustitutivo.

(Se vota)

——Cuatro por la afirmativa: AFIRMATIVA. Unanimidad.

Se pasa a considerar el artículo 11.

Hay un sustitutivo presentado por varios señores legisladores.

(Texto del artículo sustitutivo:)

"Compete al Programa Nacional de Cannabis Medicinal y Terapéutico: I) Coordinar el Comité Técnico Asesor definido en el artículo 13 de la presente ley. II) Coordinar con el Instituto de Regulación y Control de Cannabis en todo lo relativo al proceso de evaluación, aprobación y fiscalización de las licencias de cannabis medicinal y terapéutico. III) Generar información respecto a los usos y riesgos del cannabis con fines medicinales y terapéuticos, así como la interacción con otros medicamentos. IV) Promover, en conjunto con las instituciones competentes en la materia, instancias de formación destinadas al personal de salud. V) Proponer protocolos y actuaciones sobre la fiscalización de los productos en base a cannabis, garantizando el cumplimiento de los controles de calidad y su correcta distribución y comercialización".

——En discusión.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar el artículo 11, tal como viene en el proyecto original.

(Se vota)

——Cero en cuatro: NEGATIVA. Unanimidad.

Se va a votar el sustitutivo.

(Se vota)

——Cuatro por la afirmativa: AFIRMATIVA. Unanimidad.

Se pasa a considerar el artículo 12.

Hay un sustitutivo presentado por varios señores legisladores.

(Texto del artículo sustitutivo:)

> "El Programa Nacional de Cannabis Medicinal y Terapéutico deberá ser evaluado por la Agencia de Evaluación del Estado u otra institución académica independiente a los efectos de ser reformulado y ajustado en función de los avances científicos comprobados y del cumplimiento de lo establecido en el artículo 1º de la presente ley".

——En discusión.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar el artículo 12, tal como viene en el proyecto original.

(Se vota)

——Cero en cuatro: NEGATIVA. Unanimidad.

Se va a votar el sustitutivo.

(Se vota)

——Cuatro por la afirmativa: AFIRMATIVA. Unanimidad.

En consideración el Capítulo IV, "Disposiciones Transitorias".

Se pasa a considerar el artículo 13.

Hay un sustitutivo presentado por varios señores legisladores.

(Texto del artículo sustitutivo:)

> "Créase el Comité Técnico Asesor en la órbita del Ministerio de Salud Pública para la implementación de la presente ley que actuará como organismo asesor del Poder Ejecutivo, durante el período de dos años".

——En discusión.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar el artículo 13, tal como viene en el proyecto original.

(Se vota)

——Cero en cuatro: NEGATIVA. Unanimidad.

Se va a votar el sustitutivo.

(Se vota)

——Cuatro por la afirmativa: AFIRMATIVA. Unanimidad.

Se pasa a considerar el artículo 14.

Hay un sustitutivo presentado por varios señores legisladores.

(Texto del artículo sustitutivo:)

> "Son cometidos del Comité Técnico Asesor: I) Requerir a las entidades públicas y privadas del Sistema Nacional Integrado de Salud información respecto a los impedimentos y dificultades para la incorporación de productos y tratamientos en base a cannabis. II) Proponer actividades de formación destinadas al personal de salud sobre usos y aplicaciones de cannabis de uso medicinal y terapéutico. III) Realizar recomendaciones al Ministerio de Salud Pública sobre la aplicación de la normativa para el acceso efectivo al tratamiento indicado por el médico tratante. IV) Informar al Poder Ejecutivo, con la periodicidad que determine la reglamentación, sobre las evaluaciones realizadas. V) Elaborar un documento con el conjunto de las recomendaciones emitidas, elevándose el mismo al Poder Ejecutivo y al Poder Legislativo en un plazo no mayor a un año".

——En discusión.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar el artículo 14, tal como viene en el proyecto original.

(Se vota)

——Cero en cuatro: NEGATIVA. Unanimidad.

Se va a votar el sustitutivo.

(Se vota)

——Cuatro por la afirmativa: AFIRMATIVA. Unanimidad.

Se pasa a considerar el artículo 15.

Hay un sustitutivo presentado por varios señores legisladores.

(Texto del artículo sustitutivo:)

> "El Comité Técnico Asesor tendrá carácter honorario. Sus miembros serán designados por el Poder Ejecutivo debiendo incluir representantes del Poder Ejecutivo, investigadores, el cuerpo médico, químicos y la sociedad civil, quienes deberán acreditar idoneidad en la temática de la presente ley-cannabis medicinal e investigación".

——En discusión.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar el artículo 15, tal como viene en el proyecto original.

(Se vota)

——Cero en cuatro: NEGATIVA. Unanimidad.

Se va a votar el sustitutivo.

(Se vota)

——Cuatro por la afirmativa: AFIRMATIVA. Unanimidad.

Se pasa a considerar el artículo 16.

Hay un sustitutivo presentado por varios señores legisladores.

(Texto del artículo sustitutivo:)

"Créase la Comisión para la Inclusión Social y Productiva de Pequeños y Medianos Productores de Cannabis Medicinal y sus Derivados. La Comisión operará un marco del Sistema Nacional de Transformación Productiva y Competitividad, creado por la Ley Nº 19.472, de 23 de diciembre de 2016, y estará integrada por el Instituto de Regulación y Control del Cannabis, Ministerio de Industria, Energía y Minería, Instituto Nacional de Empleo y Formación Profesional, Instituto Nacional de Cooperativismo, Agencia Nacional de Desarrollo, Universidad de la República, Ministerio de Salud Pública, Sindicato Médico del Uruguay, Sociedad Uruguaya de Endocannabinología, Asociación de Química y Farmacia del Uruguay, Sindicato de la Industria del Medicamento y Afines, un representante de la Unión de Productores de Aceites y Cremas de Cannabis y un representante de los Pacientes de Cannabis Medicinal y funcionará por un plazo no mayor a un año a partir de la promulgación de la presente ley".

——En discusión.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar el artículo 16, tal como viene en el proyecto original.

(Se vota)

——Cero en cuatro: NEGATIVA. Unanimidad.

Se va a votar el sustitutivo.

(Se vota)

——Cuatro por la afirmativa: AFIRMATIVA. Unanimidad.

Se pasa a considerar el artículo 17.

Hay un sustitutivo presentado por varios señores legisladores.

(Texto del artículo sustitutivo:)

"La Comisión a la que refiere el artículo anterior, será coordinada por la Oficina de Planeamiento y Presupuesto en el marco del Sistema Nacional de Transformación Productiva y Competitividad y tendrá los siguientes objetivos: I) Formular recomendaciones al Poder Ejecutivo para la integración de los cultivadores y productores a los distintos segmentos de la cadena de valor del cannabis medicinal. II) Promover la inclusión de aquellos pequeños y medianos productores de cannabis y sus derivados que habiendo transcurrido 60 días de entrada en vigencia de la presente ley se presenten ante el Instituto de Regulación y Control del Cannabis y manifiesten su voluntad de ser regularizados a través de un proyecto productivo sustentable para aspirar a la licencia correspondiente o actividades conexas. III) Asesorar a los productores que lo requieran respecto a emprendedurismo, requisitos de calidad y demás disposiciones técnicas que oportunamente se establecieran por parte de la autoridad competente. IV) Articular los recursos e instrumentos disponibles dentro del Sistema Nacional de Transformación y Competitividad para el desarrollo y promoción de proyectos de pequeño y mediano porte de producción, comercialización y exportación de cannabis y sus derivados".

——En discusión.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar el artículo 17, tal como viene en el proyecto original.

(Se vota)

——Cero en cuatro: NEGATIVA. Unanimidad.

Se va a votar el sustitutivo.

(Se vota)

——Cuatro por la afirmativa: AFIRMATIVA. Unanimidad.

Se pasa a considerar el artículo 18.

Hay un sustitutivo presentado por varios señores legisladores.

(Texto del artículo sustitutivo:)

> "Incorpórese el literal H) al artículo 32 del Decreto- Ley N° 14.294, de 31 de octubre de 1974 en la redacción dada por el artículo 5° de la Ley Nº 19.172, de 20 de diciembre de 2013 que tendrá la siguiente redacción: ´H) A partir de la pertenencia a una Asociación de Pacientes de Cannabis Medicinal, las Asociaciones de Pacientes de Cannabis Medicinal deberán tener un mínimo de quince socios y un máximo de cien. Las condiciones y regulaciones de producción serán establecidas en una Licencia de Producción para Asociaciones de Pacientes de Cannabis con Fines Medicinales en la correspondiente reglamentación. Las mismas serán autorizadas por el Instituto de Regulación y Control del Cannabis y el Ministerio de Salud Pública de acuerdo con la normativa vigente. Asimismo, deberán contar con un médico tratante y un químico farmacéutico. Las Asociaciones de Pacientes de Cannabis Medicinal podrán funcionar por un plazo de hasta tres años desde la reglamentación de la presente ley. El Ministerio de Salud Pública podrá prorrogar este plazo siempre que lo considere necesario en caso de no existir productos disponibles y accesibles'".

——En discusión.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar el artículo 18, tal como viene en el proyecto original.

(Se vota)

——Cero en cuatro: NEGATIVA. Unanimidad.

Se va a votar el sustitutivo.

(Se vota)

——Cuatro por la afirmativa: AFIRMATIVA. Unanimidad.

Se pasa a considerar el artículo 19.

Hay un sustitutivo presentado por varios señores legisladores.

(Texto del artículo sustitutivo:)

> "El Instituto de Regulación y Control del Cannabis y el Instituto Nacional de Semillas elaborarán una propuesta que deberán elevar al Poder Ejecutivo, en un plazo no mayor a un año a partir de la puesta en vigencia de la presente ley, para establecer una estrategia de promoción y acceso a semillas y esquejes destinado a la investigación científica y a la producción

de cannabis garantizando la soberanía nacional de acuerdo a la normativa vigente".

——En discusión.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar el artículo 19, tal como viene en el proyecto original.

(Se vota)

——Cero en cuatro: NEGATIVA. Unanimidad.

Se va a votar el sustitutivo.

(Se vota)

——Cuatro por la afirmativa: AFIRMATIVA. Unanimidad.

Se pasa a considerar el artículo 20.

Hay un sustitutivo presentado por varios señores legisladores.

(Texto del artículo sustitutivo:)

"El Poder Ejecutivo reglamentará la presente ley en un plazo no mayor a 180 (ciento ochenta) días luego de su promulgación".

——En discusión.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar el artículo 20, tal como viene en el proyecto original.

(Se vota)

——Cero en cuatro: NEGATIVA. Unanimidad.

Se va a votar el sustitutivo.

(Se vota)

——Cuatro por la afirmativa: AFIRMATIVA. Unanimidad.

Se pasan a considerar los artículos 21, 22 y 23.

——En discusión.

Si no se hace uso de la palabra, se van a votar en bloque los artículos 21,22 y 23 tal como vienen en el proyecto original.

(Se vota)

——Cero en cuatro: NEGATIVA. Unanimidad.

Ha quedado aprobado el proyecto.

SEÑOR LEMA (Martín).- En primer lugar, quiero valorar el trabajo del señor diputado Zavala, porque sabemos que estuvo dándole vueltas al proyecto para mejorarlo y perfeccionarlo

Vemos con buenos ojos esta iniciativa. Precisamente, lo hemos expresado en muchas oportunidades, y en el día de hoy, que se ha votado, queremos reafirmarlo. Tan importante nos parece dar un marco normativo a este tema, que debería haber sido considerado -por lo menos a mi entender- antes que el de la marihuana o el cannabis para uso recreativo. Hubiese sido contradictorio de parte nuestra no haber puesto todo para intentar darle celeridad y tratar de aprobarlo antes de que termine el período legislativo; por lo tanto valoramos la iniciativa.

Obviamente ese es un control que se hace en forma permanente pero, en este caso y dado el tiempo que tuvimos para el análisis del articulado, quiero dejar constancia de que habrá que realizar una fiscalización y un control para ver cómo es el funcionamiento, siempre con la finalidad de dejar la puerta abierta para el perfeccionamiento del proyecto de ley. Si bien es cierto que es parte de la función del Poder Legislativo, como la intención de todos los partidos políticos fue darle celeridad, a días de terminar el período, va a ser mayor el esfuerzo en el control y en el monitoreo.

Quiero dejar constancia que me hace un poco de ruido la cantidad de comisiones, el comité, el programa y demás, pero, por otro lado, entiendo que esta innovación tiene varias aristas y por eso he decidido dar crédito a la totalidad del proyecto, dejando planteada mi inquietud de que habrá que hacer un monitoreo permanente y constante del funcionamiento y tener la mayor disposición a la corrección ya que, como toda actividad humana, siempre será mejorable y perfectible.

Todos estamos dando lo mejor, pero sabemos que, quizás, haya algunos aspectos de este proyecto de ley que se deban modificar en el futuro. Reconozco que esta era una iniciativa muy reclamada a nivel social y que ayudará a mejorar la asistencia que reciben muchos usuarios; por tanto, nos satisface acompañarla.

Estaremos pendientes de su cumplimiento, con la actitud proactiva de la mejora permanente.

Muchas gracias.

SEÑOR ZAVALA (Alejandro).- Agradezco la celeridad en el tratamiento y la confianza. Me consta que hicimos cambios y algunos a último momento.

Hemos tratado de articular las distintas visiones de la sociedad civil, pero también la de los integrantes del gobierno porque estamos afectando competencias y tratando de articular para mejorar la accesibilidad.

Hay un montón de gente que está consumiendo cosas que no sabemos qué calidad tienen. La verdad que encontrar este eco en todo el sistema político, y no solo en los compañeros de la bancada oficialista, es una señal de que hay preocupación y voluntad de encontrar un camino.

Uruguay tiene una oportunidad importante de desarrollar el cannabis medicinal, no solo desde el punto de vista de la exportación. Sabemos de muchas empresas internacionales que se están instalando, pero también hay problemas de acceso en el caso de la población uruguaya. La verdad es que ponerse a articular estos problemas y tratar de encontrar una solución que garantice la calidad de los productos, es una preocupación que todos compartimos y por eso lo celebro.

Muchas gracias, señor presidente.

SEÑORA VIEL (Stella).- Agradezco, no solo la propuesta del proyecto de ley, sino a toda la oposición por este desafío que tiene que ver con los derechos de los usuarios.

Este producto se vende en las farmacias, es carísimo y creo que esta es una opción para mejorar la calidad de vida de mucha gente, sobre todo para algunos padres que fueron los primeros que vinieron a esta Comisión cuando hablamos por primera vez del cannabis, hace ya unos cuantos años.

Por lo tanto, llegar a esta realidad en conjunto, para mí es un orgullo así como estar plantada acá y vivir en este país.

Muchas gracias.

SEÑOR PRESIDENTE.- Debemos elegir el miembro informante.

SEÑOR LEMA (Martín).- Propongo al diputado Luis Gallo Cantera como miembro informante.

(Apoyados)

SEÑOR PRESIDENTE.- Bien.

Estamos votando una ley que, a lo mejor, hoy no la dimensionamos, pero creo que estamos dando un paso impresionante.

Quiero felicitar al conjunto de compañeros que están involucrados en el tema y que en esta Comisión se expresan a través del compañero Alejandro Zavala, que fue el vocero, pero no me quiero olvidar de los demás. Trabajamos durante más de dos años, cuando nos empezamos a reunir en distintos lugares, con los diferentes colectivos para esbozar un proyecto que parecía inviable y hoy lo tenemos gracias a la maduración y a la confianza que nos tenemos los legisladores de esta Comisión. Esa es la realidad.

Desde el proyecto original hasta ahora hubo tres proyectos distintos que pasaron con modificaciones, lo que nos obligó a cambiar todo el articulado. Por tanto, hay que destacar la confianza que nos tenemos.

Creo que también damos un paso gigantesco en lo que refiere a la seguridad. Tengan confianza que con este proyecto de ley vamos a mejorar varias cosas: la seguridad de lo que los pacientes están ingiriendo -esto no baja la calidad, la aumenta-, van a incrementarse los controles y vamos a ver quiénes están fabricando el aceite y, además, vamos a dar trabajo a mucho productor chico. Estamos hablando de grandes empresas multinacionales que vienen a invertir, pero nos estamos olvidando de un conjunto de pequeños empresarios, y me parece que este proyecto apunta a eso, siempre con una fiscalización fuerte que es en lo que hemos hecho hincapié. Por tanto, estoy muy contento de haber aprobado este proyecto de ley.

Sería bueno poder tratarlo en la Cámara este miércoles o jueves. Sería importante que le diéramos media sanción.

Pasamos a considerar el quinto punto del orden del día referido a: "Telemedicina. Normas para su implementación como prestación de servicio de salud. (C/4099/2019. Rep. 1203)".

SEÑOR LEMA (Martín).- Mediante esta iniciativa, lo que se intenta es mejorar la accesibilidad y la asistencia.

Es notorio el desarrollo a nivel tecnológico, informático y de comunicación. Si bien lo vemos en términos generales, también lo podemos observar en la medicina.

En realidad, nuestro país no es ajeno a algunas experiencias que tienen que ver con la telemedicina; no es ajeno desde ASSE y desde diferentes emprendimientos de particulares.

Por tanto, no estamos innovando en cuanto al tema; hay experiencias en nuestro país. Recuerdo que había solicitado ir con la Comisión de Salud Pública a conocer una de las experiencias existentes en el departamento de Cerro Largo, ya que tenemos referencias en cuanto al importante desarrollo que en ese centro de salud se ha dado en materia de telemedicina.

En lo personal, soy fanático de las nuevas tecnologías porque creo que representan una oportunidad para nuestro país. De esta manera, podemos acceder a consultas en otros lugares. Muchas veces, debido a la concentración de recursos humanos, porque los

propios recursos humanos deciden ejercer su profesión o actividad en determinadas zonas, no llegan a las zonas donde más se necesitan.

Por lo tanto, creemos que el uso de las herramientas informáticas, tecnológicas y de la comunicación es una oportunidad para mejorar esa accesibilidad y esa consulta que en muchos lugares del país, lamentablemente, no logran capitalizar.

Por otro lado -y es un dato de la realidad-, muchos uruguayos viajan para tener una segunda opinión desde el punto de vista médico. Lo vemos; sé de cantidad de uruguayos que viajan a Brasil o a otras partes del mundo para contar con una segunda opinión o consulta. En este sentido, creemos que el uso de estas herramientas a las que hacía referencia, permite que muchos uruguayos, por lo menos en una primera instancia, previo a realizar determinadas visitas o concurrencias presenciales para tener una segunda opinión, puedan contar con otra opinión calificada. No digo que esos especialistas sean mejores que los nuestros; soy un defensor de la mano de obra uruguaya, pero a veces pasa -y conozco casos- que por la cantidad de gente que se atiende con determinados profesionales, el grado de experiencia es mucho mayor por un tema estadístico y, además, por la baja prevalencia que tenemos en nuestro país.

Hay que destacar que los médicos o profesionales de la salud, en otros lugares del mundo, tienen una experiencia mucho mayor debido a la cantidad de casos que les ha tocado tratar. En nuestro país, producto de la poca cantidad de población, esa experiencia, lamentablemente, no se logra desarrollar.

Creemos que estamos en un momento donde es necesario promover y regular la telemedicina. A través de este proyecto de ley consideramos que podemos establecer lineamientos generales para la implementación y el desarrollo, siempre en el entendido de que nunca es sustitutivo de la consulta presencial. Estamos hablando de una herramienta complementaria a lo que es el análisis o la relación médico- paciente, lo que es insustituible.

Con la regulación y la promoción de la telemedicina no solo intentamos replicar las experiencias que hay en nuestro país, sino que, además, brindamos garantías a través de un marco normativo. De esta forma, todo trabajador de la salud sabrá que hay un marco normativo y que es dentro de él donde tienen que desarrollarse este tipo de herramientas complementarias a las que conocemos, como lo es, la consulta directa entre el médico y el paciente.

Entonces, estableciendo los lineamientos, la definición de la telemedicina y a lo que apunta, decimos que es una herramienta complementaria que también mejora la accesibilidad para los destinatarios finales, es decir, los usuarios.

Entendemos que estamos en tiempo de dar una regulación y una mayor accesibilidad para los usuarios.

SEÑOR PRESIDENTE.- Si no se hace uso de la palabra, se va a votar si se pasa a la discusión particular.

(Se vota)

——Cuatro por la afirmativa: AFIRMATIVA.- Unanimidad.

En discusión particular.

(Diálogos)

——Mociono para que se suprima la lectura del articulado y se voten en bloque los artículos 1º a 9º, inclusive.

(Se vota)

——Cuatro por la afirmativa: AFIRMATIVA.- Unanimidad.

De acuerdo con lo resuelto, se suprime la lectura del articulado y se van a votar en bloque los artículos 1º a 9º, inclusive.

(Se vota)

——Cuatro por la afirmativa: AFIRMATIVA.- Unanimidad.

Queda aprobado el proyecto.

Quiero decir que el proyecto presentado por el señor diputado Lema es muy importante. Le he dado una rápida lectura y considero que está bien que se legisle al respecto. Si bien muchas de estas tareas ya se están realizando, falta un marco legal que de alguna manera ordene todas las experiencias que se realizan en distintos lugares. Cada vez más se desarrolla la telemedicina en el mundo y en Uruguay. Hay especialidades que utilizan mucho esos mecanismos. Por ejemplo, hoy gran parte de la cardiología se desarrolla de esa manera, lo que ayuda mucho a los médicos de primer nivel o rurales, ya que es posible trasladar imágenes e informes a través de la telemedicina. Asimismo, toda la imagenología se ha desarrollado enormemente. Entonces, uno que además de legislador es médico y está vinculado a los temas asistenciales, como la imagenología, vota este proyecto con mucho agrado.

Propongo al señor diputado Martín Lema como miembro informante.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar.

(Se vota)

——Tres en cuatro: AFIRMATIVA.

SEÑOR LEMA (Martín).- Simplemente, quiero agradecer la buena disposición de los legisladores integrantes de la Comisión, porque entendemos que tanto para el proyecto que discutimos anteriormente como para este el tiempo apremiaba y por tanto se requerían voluntades que se han materializado aquí.

SEÑOR PRESIDENTE.- No habiendo más asuntos, se levanta la reunión.

